

La medicina familiar en perspectiva*

Dr. I. R. McWhinney, **

Resumen

La medicina familiar es parte de un proceso por medio del cual la medicina se ajusta a las necesidades cambiantes de la sociedad. Los médicos familiares tienen en común el hecho de que obtienen satisfacción de las relaciones personales más que los aspectos técnicos de la medicina. Su compromiso es más con un grupo de personas que con un cuerpo de conocimientos. Su experiencia les da una perspectiva distinta de la enfermedad que incluye su contexto biográfico y social.

El conocimiento médico incluye información, destreza y perspicacia. La educación médica ha tendido a enfatizar la primera: a concentrarse en lo inmediato más que en los antecedentes. En el adiestramiento de los médicos familiares, el marco de la educación y el papel de los instructores son de crucial importancia.

Me propongo presentar a la medicina familiar en dos perspectivas: la de la historia y la de las ideas contemporáneas; mostrarla desde dos puntos de vista: como parte de un proceso histórico en el que la medicina se ajusta a las necesidades cambiantes de la humanidad, y como parte de un movimiento mayor de ideas que ha comenzado a cambiar la manera actual de ver al mundo.

El fin de una era

Dentro de nueve años, se celebrará el centenario de uno de los grandes acontecimientos

de la historia médica reciente, la fundación de la escuela de medicina de Johns Hopkins * que representó un paso en los cambios que transformaron la medicina occidental en este siglo. Junto con otras instituciones, proporcionó un modelo con el cual Abraham Flexner pudo medir la educación médica en su tiempo. Entonces, como ahora, la prueba de modelos tenía un papel importante en la reforma de la educación médica. Espero que nuestro propio Departamento de Medicina Familiar y otros semejantes, tendrán un papel similar en la reforma de la educación.

Veintiún años mediaron entre la Fundación de Johns Hopkins y la publicación del reporte Flexner. El ciclo de cambios que siguieron al reporte únicamente hasta ahora, después de 60 años, han formado un círculo completo. Los cambios, como todas las reformas, se debieron a varios factores: el efecto de la obra de Flexner sobre el público y la profesión; el impacto de personalidades energéticas; y la disposición de recursos financieros, tanto públicos como privados de aquellas personas decididas a realizar los cambios. Los grandes movimientos históricos como éstos se pueden observar desde dos planos: en el nivel institucional de hospitales, escuelas de medicina e institutos, y en el más profundo de las ideas. Las reformas de Flexner no se caracterizaron únicamente por los grandes cambios institucionales aparentes hoy en día, sino por los cambios profundos en las ideas sobre la naturaleza del conocimiento y el papel del médico. En la actualidad, la medicina se encuentra en el fin de una era: un punto desde el cual se pueden observar los cambios y sus efectos, tanto positivos como negativos. Si doy la impresión de centrarme en los aspectos negativos, ello no significa que no reconozco y aprecio los grandes beneficios que nos ha otorgado. Las reformas de Flexner prepararon el camino

* Traducción de "Family Medicine in Perspective" (New Engl. J. of Med. 293: 176-181, 1975) por el Dr. Jorge Soní M. Profesor del Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. U.N.A.M. México.

** Del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina de la Universidad de Western Ontario, on, Canada.

* Baltimore, Maryland.

para que la medicina se convirtiera en una tecnología. Sin embargo, como en tantas otras áreas de la vida moderna, los beneficios de la tecnología se han cosechado sin tomar las medidas necesarias para contener y controlar sus efectos negativos.

Contacto primario

Entre los problemas más serios enfrentados por las reformas destaca el del contacto primario. Esto, lo han identificado muchos autores como el problema central. El contacto primario no es un solo problema, sino varios. El término mismo, por cuya introducción debo de tomar cierta responsabilidad, ha tendido a enfocar su atención en uno de estos problemas: ¿quién debe ser el médico de primer contacto? Al mismo tiempo, ha tendido a desviar la atención de un punto más crucial: si los médicos están preparados para comprometerse con las personas, prescindiendo del compromiso con la tecnología. Debo decir que, por compromiso con las personas, no quiero decir el interés o preocupación por las personas que espera de cualquier médico, sin importar el campo en el que trabaje. Lo que tengo en mente al hablar de compromiso con las personas se aclarará cuando continúe con algunas de sus implicaciones.

Compromiso con la persona

Es difícil para el médico comprometerse con una persona y, al mismo tiempo, limitar su compromiso a ciertas enfermedades y cierto tipo de problemas; esto no significa que el compromiso personal deba ser completo e incondicional. Debe haber algunos límites, aunque sean únicamente de tipo geográfico. Sin embargo, el tipo de compromiso del cual hablo implica que el médico permanecerá con la persona, sea cual sea su problema y hará esto porque su compromiso es con la persona más que con un cuerpo de conocimientos o con una rama de la tecnología. Para este médico, los problemas se hacen in-

teresantes e importantes, no por sí mismos, sino porque son también los problemas del Sr. Smith o de la Sra. Jones. Comúnmente en tales relaciones no existe una distinción muy clara entre un problema médico y otro no médico. El paciente define el problema.

En este momento, el proceso presenta un problema si el médico hace este tipo de compromiso personal, existen ciertas cosas que no puede hacer. No se puede comparar con el especialista en el dominio detallado de un campo. El conocimiento del especialista requiere concentración y experiencia, lo que impone un conflicto irreconciliable en el compromiso con la persona. Un médico que se dedica al cuidado de mil quinientas personas no puede lograr la maestría técnica de un campo que puede obtener un especialista que selecciona sus pacientes de una población de 50,000. Con esto no quiero decir que el médico familiar no pueda ser erudito o capaz técnicamente. Su conocimiento es de un orden diferente al del especialista.

Un médico que se ha comprometido con un grupo de personas y ha recibido satisfacción de ello, puede renunciar sin remordimiento a la maestría del especialista. Mi observación, al conocer un gran número de médicos familiares de todas partes del mundo, es que tienen en común el que la fuente de su satisfacción es la experiencia de las relaciones humanas que la medicina les ha dado. Este sentimiento se expresa en forma muy bella en algunos libros como "Un Hombre Afortunado" de Berger y Mohr, "El Arte más Viejo" de Lane, y la autobiografía de William Carlos Williams. En el libro de Berger "Un Hombre Afortunado" se describe un gran conocimiento de la evolución gradual del sentido de vocación de un médico, Sassel. Este ve a sí mismo como un técnico experto en un principio, un comerciante en situaciones de crisis y emergencia y, gradualmente comienza a percibir su papel en términos de relaciones humanas que él ha logrado establecer.

La naturaleza del conocimiento médico

Cuando el médico se ha comprometido con un grupo de personas y logra ver donde se encuentra su verdadera vocación, él comienza a adquirir perspectiva otras situaciones. Una de ellas es si debe o no ser médico familiar. Para un médico que obtiene satisfacción de las relaciones humanas, no tiene mucho sentido decir, “me voy a comprometer con las personas tomando en cuenta de que sean mayores de 14 años o menores de 65, o menores de 14 años, u hombres o mujeres, o tomando en cuenta que no estén embarazadas”. El compromiso personal trasciende cualquier problema particular. Si, por ejemplo, el médico familiar no practica la obstetricia, puede seguir atendiendo a su paciente durante el embarazo mientras que el obstetra comparte el cuidado prenatal y se encarga del parto.

Una de las objeciones más grandes del concepto del médico familiar es que un solo médico no puede manejar todo el campo de la medicina en forma efectiva. La raíz de esta objeción es una percepción del conocimiento médico que yo considero como una falacia; la llamo “la falacia del tumor”. De acuerdo a este punto de vista, el conocimiento es un tumor de material que crece por aumento. Al haber alcanzado cierto tamaño, se convierte en excesivamente grande para poder asimilarse y, se debe dividir en tumores más pequeños; éstos siguen creciendo a una velocidad mayor y, a su vez tendrán que ser fragmentados.

Es indudable que este punto de vista del conocimiento es una distorsión de la verdad. Los médicos usan tres tipos de conocimiento: el primero, que llamo información, es el único que podría considerarse una masa material; el segundo, el arte clínico, es una destreza; el tercero, al cual llamo perspicacia es una parte integral de la personalidad. Estos tres tipos de conocimiento se adquieren en formas distintas. La información proviene de observar, escuchar y leer; el arte clínico se obtiene, como otras destrezas, de la práctica constante y la emulación de otros; perspicacia viene de las relaciones humanas, de la profunda reflexión sobre uno mismo, y de la experiencia. La excelencia es una de estas áreas del conocimiento no la garantiza en

las demás. Uno tiende a pensar que los malos médicos están mal informados. Sin embargo todos hemos encontrado médicos con gran información, capaces de citar las últimas referencias; pero que carecen de juicio clínico; y también excelentes clínicos que, en su trato con las personas son increíblemente ingenuos. La excelencia en la medicina requiere de una mezcla de los tres tipos de conocimientos. He observado que el error en la medicina surge más frecuentemente de una falla en la habilidad y en la comprensión, que en la información. Una falta de información se puede remediar, ya sea por referencia a algún libro o a un consultante. Los defectos de habilidad o comprensión son más difíciles de remediar, debido a que el médico que carece de conocimiento no puede reconocer sus fallas.

Queda claro porqué considero el punto de vista convencional del conocimiento médico como muy limitado. El conocimiento más profundo y vital, el conocimiento que determina cómo se va a utilizar la información, no va a brotar súbitamente o a tener una vida media de 5 años. También queda claro el porqué no creo que un médico familiar necesite sacrificar cualquiera de los tipos de conocimiento. Por el contrario, al preocuparse por toda la familia, obtiene un conocimiento personal que no puede obtener de ninguna otra manera.

El médico familiar

Al preocuparse por toda la familia, el médico no sólo obtiene conocimientos sino que también amplía su campo de acción, cuando la situación la requiera puede cambiar su foco de acción del individuo a la familia y viceversa. En muchas situaciones en las cuales la enfermedad de un individuo se acompaña de la disfunción familiar, puede dirigir sus acciones a la familia, como un todo.

El médico familiar no conoce únicamente de la familia, sino que los conoce a cada uno de ellos. Este conocimiento puede utilizarlo de una buena manera. El sabe como, por ejemplo, el tipo de sentimientos que los distintos miembros de la familia le producen, y puede utilizar este conocimiento en hacer una hipótesis sobre los problemas que detecta en la familia. En esto como en todas las cosas, no puede tener todo co-

mo le hubiese gustado. Algunas familias inevitablemente pueden ser mejor conocidas que otras. Habrá siempre algunas familias que prefieren dividir su atención por todo tipo de razones. Estos deseos deben ser aceptados porque el cuidar parte de la familia será un sentimiento de inhibición para el médico familiar.

El médico familiar puede obtener un conocimiento muy útil de la familia por parte de otros miembros del equipo de salud. Este conocimiento es muy útil debido a que fué obtenido por una persona con antecedentes y un adiestramiento diferente al del médico. Este conocimiento, no puede sustituir su conocimiento personal. El trabajo en equipo puede ser contraproducente si permite que aumente la distancia entre los médicos y los pacientes. Por ejemplo, el conocimiento médico se resentiría si todas las visitas domiciliarias fueran realizadas por las enfermeras. No hay ninguna evidencia concluyente de que la atención de la familia por un solo médico sea mejor o peor que el cuidado por un pediatra, un internista y un obstetra. Espero no sea yo considerado nihilista si digo que pienso que nunca la habrá. Digo esto por varias razones porque los instrumentos para medir estas diferencias son extremadamente difíciles de desarrollar; porque existe una enorme diferencia entre el experimento social "*in vitro*" y el mundo exterior "*in vivo*", y lo más importante es que las situaciones sociales de este tipo son en el análisis final situaciones políticas y tienen que ser decididas por medios políticos.

Yo no utilizo el término "político" aquí, en un sentido peyorativo. Tampoco quiero decir que sea decidido en asambleas legislativas. Es una situación política en el aspecto de que será decidido de acuerdo a los sentimientos profundos y los valores de las personas, y por la prueba rigurosa de lo que funciona mejor en el mundo práctico. Las decisiones importantes de salud pública y medicina siempre se han decidido así, y está bien que así sea. No había ensayos controlados antes de que los boticarios fueran absorbidos por la profesión médica, antes de las reformas sanitarias del Siglo XIX o antes de las reformas de Flexner. Había, por supuesto, suficientes informes, hechos, discusiones y análisis. Reformadores sociales desde Florence

Nightingale a Ralph Nader, han hecho amplio y efectivo el uso de estos hechos. En el análisis final la cuestión es de valores que habrán de ser decididos por un proceso político, más que por un experimento científico.

Movilidad social y la práctica familiar

Debido a que el 20 por ciento de la población de los Estados Unidos emigra cada año, y que cada familia se moviliza en promedio cada 7 años, se sostiene que es poco realista poner tanto énfasis en la continuidad de la atención médica. Estas estadísticas, sin embargo, están abiertas a malas y graves interpretaciones, por ejemplo, es inadecuado pensar en términos de "la familia promedio". La población general indudablemente incluye individuos y familias altamente móviles, que se mueven más frecuentemente que una vez cada siete años. También incluye un gran número de personas que se mueven con menor frecuencia, en muchos casos únicamente por matrimonio o por jubilación. Aún más, muchas de estas movilizaciones se encuentran limitadas al mismo municipio y no necesariamente por ello se rompe la continuidad de la atención.

Las siguientes estadísticas de migración interna en Canadá ilustran este punto. Desde 1956 a 1961, 42.4 por ciento de la población de mayores de 5 años de edad se movilaron por lo menos una vez. De estos movimientos, 60 por ciento se encontraron dentro del mismo municipio, 32 por ciento dentro de la misma provincia y 8 por ciento entre distintas provincias. Entonces sólo el 16 por ciento de la población dejó su municipalidad en 5 años. Además el grupo de 20 a 39 años de edad formaba el 50 por ciento de la población en movimiento: un grupo de edad que incluye la gran mayoría de los recién casados y de las familias que comienzan a hacer su camino en el mundo.

En London, Ontario, un estudio de la práctica familiar y de la atención primaria fué señal que en 1974 existían en London 128 médicos familiares para una población de 233,000. Entre 1961 y 1973, 97 médicos familiares empezaron su práctica en la ciudad. De estos, únicamente 15 dejaron de practicar. Dos de ellos se han jubilado, otros dos han iniciado una espe-

cialidad, tres han dejado el lugar y seis se han dirigido a puestos académicos de la medicina familiar (2 de ellos, a nuestro propio departamento). Estas cifras me sugieren que los médicos familiares demuestran ser un elemento particularmente estable en la población.

Finalmente, sería equivocado pensar que el esquema actual del movimiento de la población continuará en el futuro en forma indefinida. Pienso que existen buenas razones para pensar que la población de Norteamérica será menos móvil en el futuro. Lejos de ser pesimista sobre la continuidad de la atención, me atrevo a predecir que el médico familiar será nuevamente, como fue en el pasado, uno de los factores que mantiene a la sociedad unida.

El Hospital

Las reformas de Flexner aceleraron dos procesos: la concentración tanto de la atención como de la educación médica en el hospital. Es una pequeña maravilla que esta localización haya influido sobre generaciones enteras de médicos en sus conceptos sobre salud y enfermedad. El hospital tiende por su propia naturaleza a separar la enfermedad del hombre y al hombre de su medio. No es sorprendente, entonces, que la medicina de este siglo sea la medicina de entidades más que la medicina de las relaciones y que la medicina moderna, como dijo John Ryle en 1948, ha descuidado la etiología en el sentido más amplio.

¡Cuántos médicos que salen a la práctica se han encontrado totalmente mal preparados por su entrenamiento para enfrentarse a la enfermedad fuera del hospital! En 1919 Sir James Mackenzie escribió sobre su experiencia en los años cuarenta.

“Después de un año en el hospital como médico, entré como médico general en una población industrial de unos 100,000 habitantes. Comencé mi trabajo con la confianza de que mi educación y entrenamiento hospitalarios me habrían dado el suficiente conocimiento para las tareas de mi profesión, ya había pasado mucho tiempo cuando me dí cuenta que no era capaz de reconocer las enfermedades en la gran mayoría de los pacientes”.

Esta misma experiencia debe haberse repeti-

do en miles de ocasiones. La primera reacción de Mackenzie, como la de la mayoría de las personas fué preguntarse “¿Qué falló en mi educación?” sino “¿Qué falla conmigo?”. Tal es el poder del adiestramiento temprano para formarle a uno su manera de ver al mundo. Sin embargo muchos médicos generales encontraron que su manera de ver al mundo iba cambiando a través de la experiencia. Se encontraron con muchas enfermedades que no podrían encasillar dentro de las categorías que aprendieron. Aprendieron que muchas de las enfermedades están íntimamente relacionadas con la personalidad y la experiencia de la vida del paciente. Aprendieron la inseparabilidad del paciente y su medio ambiente. Este cambio en la manera de ver al mundo se puede vincular a un cambio en Gestalt visual. El médico general entrenado a ver la enfermedad en término de una figura comenzó gradualmente a ver la figura y su fundamento. Encontró que para entender la enfermedad es necesario haberla comprendido por completo.

Permítanme ilustrar esto con una reciente experiencia. Un hombre joven de 19 años de edad se presentó con un dolor torácico de corta duración. En el año previo había presentado en varias ocasiones un dolor similar. El examen fué negativo, excepto por un poco de sensibilidad local. Al dársele la oportunidad de hablar, describió una historia de tal soledad desesperada que en dos ocasiones tuvo que llamar telefónicamente a un servicio de trabajo social para desesperados. Su problema principal y por el cual necesitaba ayuda era una crisis personal de identidad y adaptación. Cualquier médico familiar podría citar un caso similar de su experiencia cotidiana. Sería fácil citar ejemplos en los cuales una enfermedad orgánica interactuaba como un problema personal para producir un episodio de enfermedad. Esto es porque afirmaciones como “la medicina familiar es predominantemente medicina interna” es evadir el problema. La medicina familiar —se le puede llamar medicina interna si ésta es la perspectiva del médico. La enfermedad del joven podría ser categorizada como una mialgia intercostal y aparecer en las estadísticas bajo alteraciones músculo-esqueléticas. El describir la me-

dicina familiar en estos términos sería una gran distorsión de la realidad. También lo sería si habláramos de los problemas de la gente divididos en dos categorías: una orgánica y otra psicosocial. Las personas se enferman como un todo y no como partes.

En ciertas circunstancias es bastante apropiado que el médico se concentre en el plano de la enfermedad, en casos de emergencias, accidentes y muchas enfermedades agudas, los antecedentes pueden ser ignorados por razones prácticas por lo menos hasta que haya pasado la fase aguda. Pero mientras más dure una enfermedad más importantes se hacen los antecedentes.

El aprendizaje de la medicina familiar

Se habrá entendido, entonces, porqué no creo que el adiestramiento en una especialidad médica, como se conoce hoy en día, se puede aplicar totalmente a la experiencia de ser un médico familiar. El aprender a ser un médico familiar requiere un cambio de perspectiva que solo puede tener lugar cuando la nueva perspectiva es la dominante. También queda claro porqué creo que los intentos de producir médicos familiares que resultan de un adiestramiento convencional en pediatría y medicina interna y añadiendo un poco de psiquiatría están condenados al fracaso. “La totalidad es distinta a la suma de sus partes”. El médico familiar puede emerger de esta manera, pero lo hará por una vía ardua, al salir de su adiestramiento y aprendiendo por su propia experiencia.

El futuro médico familiar

Al diseñar un programa para la educación de médicos familiares los educadores deben tener presente un concepto claro del tipo de persona que quieren que sus estudiantes sean. Los tipos ideales humanos son una personificación de los ideales de unidad. En medicina, el Dr. Pellegrino ha dado un recordatorio de la influencia de los dos tipos ideales, como el médico científico alemán y el consultante escolar osleriano en la evolución de la medicina interna.

¿Qué clase de persona, entonces, quieren los educadores que sus estudiantes lleguen a ser? Deben de tener un profundo compromiso con sus semejantes y obtener la mayor satisfacción

profesional de sus relaciones con ellos; creer en la frase de Lewis Mumford, en la primacía de la persona, en usar la tecnología con habilidad, pero siempre subordinada a los intereses de las personas. Los educadores quieren médicos que piensen analíticamente cuando esto sea necesario pero que su manera habitual de pensar sea multidimensional e integral. Quieren que estén preocupados por la etiología en el sentido más amplio y estén atentos a la necesidad de enseñar a sus pacientes cómo obtener y mantener su salud. Desean personas que no tengan miedo de hablar o reconocer sus sentimientos: personales que se conocen así mismos y que a través de su carrera puedan reconocer sus defectos, aprender de la experiencia y continuar desarrollando como personas y como médicos.

Una filosofía de la educación

En su ensayo sobre las ideas educacionales de Coleridge, William Walsh describe a la educación moderna como “bajo el dominio del presente, sostenido y absoluto dominio del tema”. El tema fácilmente accesible a la información examinable “ha crecido a proporciones monstruosas en su inmensidad, deformidad y con una incoherencia terrible”. Sin embargo que tan poco de este presente queda que influye en lo restante a nuestras vidas. Una buena educación trasciende la materia. Lo duradero, dice Walsh, “es una mezcla de valores, actitudes y suposiciones, un cierto tono moral, una especial cualidad de imaginación, un particular sabor de sensibilidad, lo que constituye el alma de una educación. Una buena educación persiste no como una colección de información o un adorno intelectual, sino como una unidad propia y un cierto modo de pensar y de sentir.

Si el tema es el primer plano, ¿cual es el ambiente y como puede uno asegurarse que reciba énfasis adecuado? ¿Qué es lo que permite la integración de los dos?, o sea “que el método de pensar y de sentir” crezca en el alumno? Ciertamente, es de importancia crítica, el marco de la educación. Si se espera que los estudiantes adquieran ciertos valores y determinadas formas de pensar y de sentir, deben ser educados en un marco en el cual predominen estas cualidades. Y sus maestros deben ser personas que ejempli-

figuen estas cualidades. Expresé anteriormente que los médicos familiares tienen ciertos valores distintivos y ciertas maneras de pensar y sentir. De allí que nadie va a aprender medicina familiar de aquéllos que no sean médicos familiares o en un ambiente que sea ajeno a su origen. Esto no quiere decir que los estudiantes no puedan aprender nada de otros maestros y de ambientes diferentes. Pero sí quiere decir, sin embargo, que el cuerpo y la esencia de la educación debe ser experimentada en la práctica familiar. ¿Qué otra cosa debe de hacer el ambiente? Debe ayudar en cualquier forma posible al estudiante a desarrollar su comprensión y conocimiento propio que es la llave de su desarrollo como persona y como médico. Lo debe de proveer con una experiencia en la cual basará sus observaciones, la experiencia genuina e intensa de ser un médico familiar. Debe proporcionar el estímulo para la meditación, la lectura y la reflexión. Sus maestros deben fomentar su evolución al ayudarlo a observar críticamente sus propias maneras de pensar y sentir. Hay varios modos de ayudarlo, cada uno con sus propios méritos. Uno de los más efectivos es la observación directa de los estudiantes a través de un vidrio de una sola vista o a través de una televisión de circuito cerrado. El segundo sistema tiene la ventaja adicional de permitir al estudiante observarse así mismo. Así la tecnología moderna puede ser utilizada para ayudar al desarrollo personal. La segunda es por el uso de auditoría de expedientes particularmente de expedientes orientados por problemas. Por último, pero no por ello menos importantes, son los métodos de aprendizaje en grupo, desarrollados por investigadores como Michael Balint, Carl Rogers y, en nuestro departamento Michael Brennan, los cuales ayudan a los estudiantes a entenderse así mismos. Al trabajar con otros miembros del equipo de salud el estudiante puede aprender, como lo hacen todos, que existen otras maneras de pensar sobre los problemas, por las cuales los médicos han aprendido a pensar como tales.

Crear este ambiente de aprendizaje plantea muchos problemas y algunos dilemas. Los problemas son que el ambiente, debe ser una práctica modelo en Universidad o en servicio. En el centro universitario, las demandas de la vida

académica, de la enseñanza, la investigación y la administración frecuentemente están en conflicto con la labor de ser un médico familiar. La enseñanza y el estudio son actividades esenciales, pero no se debe permitir que sobrepasen el cuidado personal del paciente. A mi parecer sería muy desafortunado si los esfuerzos educacionales produjeran una generación de médicos académicos que fuesen excelentes maestros y escritores pero que habían dejado de ser médicos familiares en el genuino sentido. Para lograr este equilibrio será necesario que la medicina familiar tenga una diferente escala de valores respecto a otros ambientes de la vida académica. La primacía de la persona puede ser incompatible con la de la publicación. En cuanto a la administración tanto como sea posible debe dejarse a aquellas personas capaces de hacerlo: como son los profesionales en este campo.

En el modelo de la práctica en servicio los problemas son recíprocos a estos. ¿Entre las constantes demandas del cuidado del paciente, cómo se pueden dedicar tiempo y energías a la erudición y la enseñanza? Estoy convencido que tanto en la práctica universitaria como en la de los centros asistenciales se puede encontrar un equilibrio y sea cual sea el tipo de práctica se puede crear un ambiente adecuado para la enseñanza. Mejor aún, se puede hacer una mezcla de ambos tipos de práctica en un programa educacional para que cada uno de ellos contribuya con sus fuerzas particulares.

Otro dilema que enfrenta la práctica universitaria es la amplitud con la que debe explorar y probar nuevas ideas para ser diferente de la práctica comunitaria. Es la función de la universidad y de las escuelas profesionales el marchar por delante del mundo sin ninguna limitación. Este predominio va a crear tensiones, y si la escuela profesional está haciendo su trabajo las habrá inevitablemente entre la escuela y el cuerpo profesional. Estoy consciente de esta tensión en nuestro departamento, y yo la considero como creativa. El reto es conservar esta tensión creativa y evitar que se deteriore hacia un conflicto destructivo.

Finalmente, existe el dilema de la continuidad. Para aprender medicina familiar el estudiante debe experimentar la práctica familiar

tanto es su intensidad como en su continuidad. Sin embargo la duración de su experiencia no puede ser mayor que la del programa de entrenamiento. La única solución presente que veo, es hacer algún tipo de compromiso entre la intensidad y la continuidad. Una experiencia que es continua por tres años pero de muy baja intensidad es en mi opinión menos satisfactoria que una más breve pero más intensa. En nuestro propio departamento los residentes pasan un año de tiempo completo en la práctica de la enseñanza, para hacer esta experiencia continua tan larga como sea humanamente posible.

La medicina familiar y las ideas contemporáneas

La medicina siempre refleja los valores de la sociedad a la que sirve. Una sociedad materialista y mecanicista debe esperar tener una medicina con estas características. Si la ciencia es exclusivamente reductiva y atomista y mantiene una ilusión de objetividad, la ciencia médica tenderá a ser lo mismo. Los valores dominantes y las ideas contemporáneas de la sociedad explican mucho de la dirección que ha tomado la medicina en los últimos cien años. Existen muchas señales, sin embargo, de que los valores y las ideas están cambiando, y en tanto lo hacen, los valores de la medicina se puede esperar que cambien con ellos. ¿Qué cambios se pueden percibir? Primero veo cierta preocupación por lo que dijo Lewis Mumford a lo que él llama "la primacía de la persona". "Nuestras máquinas", dice Mumford, "se han convertido en gigantes, poderosas, auto-operantes, enemigas de los modelos y propósitos verdaderamente humanos: nuestros hombres, desvitalizados por este proceso están empequeñecidos, paralizados e impotentes. Únicamente al restaurar esta primacía a la persona, y a la experiencia y disciplina que van dentro de la formación de las personas, se puede vencer este desequilibrio fatal".

Para restaurar la primacía de la persona, se necesita una medicina que ponga a la persona en toda su integridad en el centro del escenario y que no separe la enfermedad del hombre, y al hombre de su ambiente, una medicina que haga la tecnología firmemente útil a los valores humanos, y que mantenga un equilibrio creativo

entre el médico general y el especialista. Esto pienso que debe ser el objetivo de la medicina familiar.

No es ningún accidente que la medicina familiar esté emergiendo en este tiempo cuando la interrelación de todas las cosas se está redescubriendo, cuando la importancia de la ecología se está imponiendo en nuestro conocimiento, cuando las limitaciones de un sistema cerrado de pensamiento están siendo más y más apreciadas, cuando los científicos, especialmente aquéllos dedicados a las ciencias de la vida, están comenzando a reaccionar a los sesgos científicos en contra de la integración, la síntesis y la teleología. Tampoco es una coincidencia que este movimiento de ideas esté tomando lugar en un momento en el cual se están poniendo en duda las virtudes de crecimiento económico, cuando la grandeza por sí misma está cesando de considerarse como buena, cuando los valores humanos están afirmándose sobre la tecnología, y cuando la importancia de apoyar y estabilizar las relaciones humanas está siendo redescubierta.

Pienso que la medicina familiar es considerada por algunos sectores como un movimiento subersivo, al igual que la ecología ha sido llamada "una ciencia subersiva". Esto depende del punto de vista de cada uno. En verdad la medicina familiar es un movimiento profundamente conservador ya que busca restaurar el lugar que le corresponde a los valores y a las maneras de pensar que siempre han existido en la medicina pero que en los tiempos recientes habían sido marginados. □

Referencias

- Flexner A: Medical Education in the United States. Boston, Updike, 1910.
- White KL: Organization and delivery of personal health services. Milbank Mem Fund Q 46: 225-272, 1968.
- Magraw R: Trends in medical education and health services: their implications for a career in family medicine. N. Engl. J. Med. 285: 1407-1413, 1971.
- McWhinney IR: The primary physician in a comprehensive health service: further reflections after a visit to the United States. Lancet 1: 91-96, 1967.
- Berger J. Mohr J: A Fortunate Man. London, Penguin Press, 1967.
- Lane K: The Longest Art. London, George Allen y Unwin, 1969.
- Williams WC: The Autobiography of William Carlos